ATLANTICA SEGUROS

GRUPO STATETRUST

Autorización de Pago con Tarjeta de Crédito/Efectivo

Recurrentes *(domiciliación)* ☐

No Recurrentes *(una vez)* ☐

Agencia:

Moneda del Plan: US$ ☐ RD$ ☐

Estatus de Póliza: Nueva ☐ Nunca Emitida ☐ Efectiva ☐ Cancelada ☐

Propietario/Asegurado: (indique ambos nombres si son diferentes)

Número de Póliza

Autorización

Yo (nosotros), por la presente solicito (solicitamos) y autorizo (autorizamos) a Atlántica Seguros, S.A. a hacer cargos vía transferencia electrónica, a la(s) tarjeta(s) especificada(s) más abajo, relacionados al Plan/Póliza definido en este formulario. Esta autorización en **Pagos Recurrentes** permanecerá válida hasta que la compañía reciba cancelación de la misma por escrito. El procesamiento de dicha cancelación podrá tomar hasta 30 días. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que Atlántica Seguros, S.A. estará protegida al haber sido honrado el (los) cargo(s) y también entiendo (entendemos) que si el (los) débito(s) no es (son) honrado(s), Atlántica Seguros, S.A. no tendrán ninguna responsabilidad, aún cuando signifique la caducidad de la mencionada póliza/plan. Todos los pagos en su fecha de vencimiento, pasados y futuros continuarán siendo total responsabilidad del propietario de la póliza/plan. En caso de solicitar la devolución del cargo, bien sea a través de Atlántica Seguros, S.A. o directamente con el emisor de la tarjeta, entiendo que la compañía no está en la obligación de aprobar dicha devolución y en caso de que lo hiciera, estoy de acuerdo con la aplicación de la deducción del gasto administrativo del 6% sobre el monto devuelto. Doy mi consentimiento para que se conserve este formulario en su formato electrónico y para que la copia de este formulario sea tratada como una versión original para todo efecto. En el caso de los fondos estipulados en el presente documento para el pago de la prima inicial, estos se reciben en calidad de depósito durante el período de depuración del riesgo. Los mismos serán aplicados como pago de prima únicamente cuando la compañía de seguros haya emitido el contrato de póliza. El depositante reconoce que en caso de no emitirse la póliza, la compañía podrá proceder a la devolución de los mismos y que el presente recibo no significa bajo ningún concepto la aceptación del riesgo que se solicita asegurar.

Datos del Pago en Efectivo

Efectivo

Monto: _____ Fecha: _____

Nombre

Firma X

Datos de la Tarjeta de Crédito / Débito

Tarjeta de Crédito / Débito

Monto: _____ Recurrente *(domiciliación)* ☐

☐ Visa ☐ MasterCard

CCV

Nombre Tarjeta Habiente

Firma Tarjeta Habiente X

Fecha Exp. / Mes/Año

Unicamente se permite la domiciliación de Tarjeta de Crédito de uno de estos parentescos, favor indicar: Asegurado ☐ / Propietario ☐ / Cónyuge ☐ / Padres ☐ / Hijos ☐ / Hermanos ☐

Frecuencia y/o Aplicación del Pago

(el pago mensual nunca podrá ser menor de RD$ 200, o su equivalente en USD$)

Anual ☐ Año: ____	Semestral ☐ Semestre: ____	Trimestral ☐ Trimestre: ____	Mensual ☐ Mes: ____

Prima Inicial	Contribución Inicial	Exceso	Renovación	Abono

Observaciones

☐ Este pago sustituye domiciliación actual.

☐ Pagar primas pendientes.

☐ Nueva frecuencia de pago indicada arriba.

☐ Pagar primas por adelantado.

☐ Otros, explique detalladamente: _____

_____

_____

Firma del Propietario de la Póliza / Plan

Fecha